COPASNEWS

JANVIER 2014 N° 1



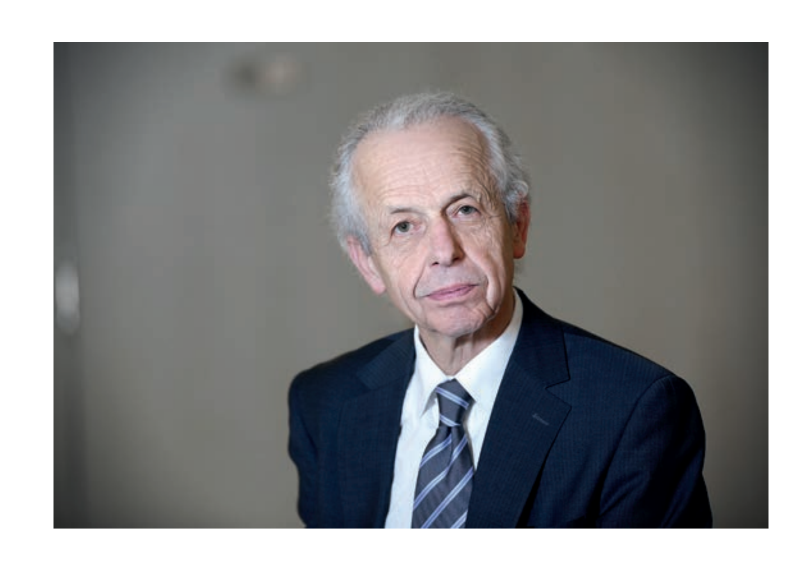
Fondation A.P.E.M.H.

SOMMAIRE



À ce jour, la COPAS compte près de 50 membres qui gèrent au Grand-Duché de Luxembourg la quasi-totalité des maisons de soins, des centres intégrés pour personnes âgées, des centres de jour psycho-gériatriques, des structures et services pour personnes en situation de handicap, des institutions actives en matière de psychiatrie extrahospitalière, des réseaux d'aide et de soins à domicile et quelques logements encadrés. Pour aider et accompagner les usagers de leurs structures et services, les membres de la COPAS emploient plus de 10.000 salariés

ÉDITO



Chers lecteurs,

La nouvelle année, pour laquelle je vous souhaite mes meilleurs vœux de bonheur et de bonne santé, est une année cruciale pour le secteur social, des aides et des soins. En effet, dans les mois à venir les jalons seront posés - sur base du programme électoral - pour affronter les multiples défis auxquels notre pays doit faire face : gestion des finances publiques, promotion de la croissance économique, lutte contre le chômage, développement de la cohésion sociale.

Il est vrai qu'aujourd'hui encore, pour une partie non-négligeable de la population résidente, la qualité de vie reste l'argument premier pour continuer à vivre, habiter ou travailler au Luxembourg. Par ailleurs, le pays peut compter sur un modèle social généreux fondé sur les valeurs d'équité, de solidarité et d'inclusion sociale. Mieux encore, les résidents du Grand-Duché bénéficient d'excellents soins de santé, garantis par un système basé sur l'accessibilité pour tous et la qualité de l'offre.

Cependant, un examen plus approfondi révèle que notre société luxembourgeoise en vient à considérer pour acquis ces éléments combien positifs, oubliant souvent que la pérennisation du système est étroitement lié à une économie performante, inclusive et soutenable.

En ce qui concerne notamment l'assurance dépendance, la COPAS a bien entendu pris note du prévisible déficit structurel à partir de 2015. Aussi, dans les mois à venir, le nouveau gouvernement devra-t-il s'investir pleinement dans la réforme de ce pilier de la sécurité sociale afin de finaliser la réforme pour 2015.

C'est d'ailleurs dans cette optique que la COPAS a présenté son bilan de l'assurance dépendance en novembre 2012 (cf. COPASDOSSIER édition octobre 2012 n°3). Riche d'une expérience de plus de 15 ans en la matière, la COPAS se considère comme un partenaire privilégié des décideurs politiques et reste ouverte à toute discussion sur les modalités de l'assurance dépendance, pour autant que la qualité des soins ne soit pas remise en cause.

La COPAS a également pris acte du programme gouvernemental, lequel se prononce assez sommairement sur différents éléments de la réforme de l'assurance dépendance devant permettre une maîtrise globale de l'évolution des dépenses et des prestations et dont il s'agit d'approfondir la réflexion. Celle-ci s'impose notamment au sujet de l'évaluation du degré de dépendance, de la forfaitisation des actes, de la méthodologie de détermination des tarifs ou encore la clarification des actes de soutien.

Il va de soi, qu'au regard de tous ces éléments, la COPAS a ses propres visions.

Finalement - au-delà de la réforme de l'assurance dépendance - la COPAS qui représente la quasi-totalité des institutions pour personnes âgées, pour personnes en situation de handicap et pour personnes souffrant de maladies mentales, relève également toute une série d'autres pistes esquissées dans l'accord de coalition qu'elle suivra de très près, dont notamment, la mise en œuvre du plan d'action maladies démentielles, la transposition des dispositions en matière d'accompagnement en fin de vie, ou encore la révision de la loi dite « loi ASFT », la politique en matière d'orientation scolaire et professionnelle, la lutte contre le chômage et plus particulièrement contre le chômage des jeunes.

C'est d'ailleurs dans ce sens, que le COPASDOSSIER de la présente édition est consacré en entier au programme gouvernemental 2013-2018 sous l'angle du secteur social, des aides et des soins.

Marc Fischbach
Président

2001 – 2012 :
Quelle évolution en matière de formation en éthique ?

En l'espace de 11 ans, le rédacteur en chef de la revue francophone d'éthique des soins de santé « Ethica Clinica » Jean-Michel Longneaux, a lancé une invitation aux auteurs de faire part de leur expérience, réflexion et questionnement en matière de professionnalisation du questionnement éthique dans les soins.

Le présent article propose à la fois un résumé structuré des arguments évoqués en vue de déterminer une pédagogie respectivement un enseignement à l'éthique et quelques réflexions sur la pertinence des dits arguments.

Afin de faciliter la lecture, l'indication de source des citations va se limiter au nom de l'auteur de l'article et l'année de la publication sachant qu'il s'agit d'une part de l'édition n°24 de décembre 2001 dans laquelle les contributions ont été résumées sous le titre

« La formation éthique des soignants »
et d'autre part du trimestriel n°68 de 2012 avec en entête la question

« Former des experts en éthique? ».
Les sommaires des deux éditions permettront au lecteur de retrouver les auteurs et l'article complet en question.

Toute autre référence sera reprise dans une bibliographie en fin d'article.

« Ma conviction reste que si l'expertise en éthique ne peut appartenir à quiconque en particulier, il y a néanmoins un besoin montant d'une certaine forme d'expertise en éthique ». (Véronique Fournier, 2012)

Si en 2001 ce besoin d'expertise éthique semble être motivé par le développement des technologies demandant de nouvelles réponses, la préoccupation de l'efficience des ressources sanitaires et la détresse morale des soignants face à des dilemmes éthiques, en 2012 le développement de compétences relationnelles, la pratique du dialogue interdisciplinaire et le rôle du soignant dans la relation d'aide face à la singularité du bénéficiaire de soins dominent l'argumentaire.

Il est intéressant de comparer cette évolution avec l'analyse proposée dans la revue « Perspective Soignante » (Gueibe, 2008) sur les changements de paradigmes dans les soins. Partant du paradigme maternant puis religieux et dès 1850 du paradigme **scientifique**, nous vivons à partir des années 90 le concept théorique dominant dit **« libéral »** caractérisé par la rentabilité, la rationalisation, la performance et la productivité, qui lui cependant se trouve côtoyé de près par un autre modèle que l'auteur appelle **« humaniste »** et qui met en avant le concept de l'autonomie du patient, l'empathie du soignant face à la souffrance et l'idée que la maladie serait un facteur de développement personnel.

Sachant que l'équipe soignante, au sens large du terme, se caractérise par une déontologie diversifiée, une dynamique intergénérationnelle et une mixité de « curriculum caché » individuelles (Perrenoud, 1993), il me semble opportun de partir du principe que les positions et attitudes liées aux **trois derniers paradigmes** influencent conjointement la pratique quotidienne actuelle.

« En amont des dilemmes éthiques proprement dits, une grande partie des problématiques qui se posent aux professionnels ont trait à l'organisation, aux relations, aux méconnaissances dans les domaines techniques, juridiques et déontologiques ou encore à l'encadrement ». (Marion Fischer-Leresche et Hélène Brioschi Lévi, 2001)

Les auteurs, aussi bien en 2001 qu'en 2012, se prononcent sur une pédagogie de l'apprentissage, de l'éducation, de l'expérience voire de l'expertise qui couvre/vise les compétences et capacités suivantes : savoir, savoir-faire, savoir-être, capacitation par l'expérience et développement personnel.



Savoir

Parlant de savoir, il est question surtout de connaissances théoriques. Dans les différents articles sont énumérés des sujets très variés comme par exemple des notions de base en ce qui concerne les grandes écoles philosophiques, une connaissance de l'environnement institutionnel tel les procédures, chartes et concepts de soins, des notions concernant le paysage législatif et réglementaire. Cela fait penser à une capacité de réfléchir et d'argumenter « éclectique » afin d'arriver à une analyse systémique de la situation. Ce point de vue de l'approche éthique se trouve d'ailleurs mis en œuvre de façon pratique dans les comités éthiques qui dès lors comptent parmi leurs membres juristes, philosophes, cliniciens, théologiens, économistes, sociologues et last but not least des soignants.

Savoir-faire

Les auteurs parlent de la nécessité d'avoir une approche clairement structurée, de maîtriser une méthodologie de discussion. Sont donc visés ici les guides et grilles éthiques d'aide à la décision dont certains sont regroupés par exemple dans *« La Presse médicale »* en juin 2001 : *J.F. Malherbe*, N. Lery ou encore celle de P. Verspieren (J.M.Gomas, 2001). On aura entendu parler de *« L'apprentissage du raisonnement éthique en situation difficile »* (HERS à Libramont) ou encore de *Nimweger Modell* (Allemagne) et du *METAP - Ansatz* (Suisse), pour ne citer que ces quelques exemples. Le savoir-faire consiste donc dans une démarche structurée du raisonnement éthique. Les argumentations n'ont guère changées en l'espace d'une décennie. Il ressort d'ailleurs de ces argumentaires qu'une telle démarche structurée n'est pas possible sans un certain **savoir** d'un côté (emphase en 2001) mais pas non plus sans une certaine attitude qui sera qualifiée de **savoir-être** (accent en 2012).

Savoir-être

Le savoir-être regroupe les compétences suivantes : prise de conscience des propres préjugés, croyances, angoisses, habitudes, de sa propre socialisation, de sa déontologie mais surtout des valeurs privilégiées personnelles, « valeurs antagonistes pouvant déboucher sur l'émergence de véritables dilemmes » comme le formule Laurent Ravez (2001).

L'angle de vue s'ouvre en 2012 et on lira chez Cécile Bolly que l'apprentissage doit porter sur « le développement de sa propre sensibilité à autrui. Que dans un contexte de relation d'aide asymétrique, dans un contexte de risque d'abus de faiblesse, il y a lieu de développer des compétences relationnelles qui ne se situent ni dans le « paternalisme » (le soignant octroi) ni dans le « consumérisme » (le client exige) mais dans une collaboration soignant-soigné en vue de la co-construction d'une nouvelle autonomie pour le patient ». Le savoir-être serait dès lors des qualités telles que la tolérance au sein de l'équipe pluridisciplinaire (tendance 2001) envers le bénéficiaire de soins (tendance 2012). J'aimerais rajouter le respect et pourquoi pas la curiosité de l'autre et du différent, ce qui fait penser à la notion d'intelligence émotionnelle, concept popularisé notamment dans les années 1995 par l'écrivain et psychologue Daniel Goleman, (Goleman, 1997).

Capacitation

Cette notion presque uniquement utilisée dans le contexte social et qui s'inspire du terme « empowerment » couvre à la fois **l'expérience éthique** et la **capacité de réflexion**. Les interventions sont assez diversifiées par rapport à cette thèse. On lira par exemple de « la capacité de répondre de ses choix, de sa décision envers soi mais aussi envers autrui » (Cécile Bolly, 2012).

Cette faculté me fait penser à la théorie du développement moral de Laurence Kohlberg, développement par stades comme chez Jean Piaget ; mais avec la fascinante variante, que pour certaines questions morales et/ou éthiques complexes, ces stades pourraient servir pour décortiquer un dilemme éthique et essayer de justifier moralement un choix éthique, (Fritsch, 2005).

Certains auteurs vont plus loin et combinent les deux aspects **expérience** et **réflexion** en rajoutant la composante du **collectif**. Ils prétendent que l'expérience, même vécue, n'est pas en soi suffisante pour apprendre ; qu'elle nécessite une démarche de réflexion sur sa propre pratique sans oublier l'importance du groupe pour influencer le comportement. C'est-à-dire qu'il faudrait une approche de recherche collective de solutions en situation via laquelle on « considère l'interdépendance et la co-construction mutuelle entre sujet, objet et environnement » (Grégory Aiguier et al., 2012).

Georges A. Legault (2012) résume cette idée de collectif comme suit : « les différentes personnes pourront donner sens aux conséquences positives et négatives subies puisqu'elles sauront à quel projet de vivre-ensemble elles participent ». Ce qui me pousse à reformuler son idée dans un contexte de consensus dans une équipe pluridisciplinaire comme ceci : les soignants pourront adhérer à la décision, résultat d'une délibération éthique collective soignant-soigné.

Et dans le même ordre d'idée, permettez-moi de faire référence au concept de la salutogénèse de A. Antonovsky, pour qui le « sense of coherence » (compréhension, contrôle, donner sens à l'expérience) est un facteur important pour la santé mentale de l'être humain. Dès lors les argumentaires de 2001 et 2012 se complètent et ne se contredisent aucunement.

Car si en 2001 l'apport de l'éthique a été analysé en sa qualité d'aide à la gestion d'incertitudes, d'anxiétés, de détresses morales, de burnout, de sentiments de sécurité individuelle subjective des soignants, en 2012 la quintessence rehaussée serait qu'une réflexion éthique permettrait de mieux cerner pourquoi il y a un malaise et de « porter » ce malaise collectivement après avoir fait un choix « libre et éclairé » qui, dans le pire des cas, serait celui du moindre mal.

Développement personnel

En ce qui concerne le travail « sur soi », Donatien Mallet parle du bien-fondé d'une supervision à réflexion éthique qui permet de « découvrir la complexité de sa propre subjectivité » (2001). À cet égard, Pierre Boitte parle de la maïeutique (Kooij, 2010) comme technique de questionnement visant à permettre à une personne une mise en mots de ce qu'elle a du mal à exprimer, à ressentir, et du mal à en prendre conscience ; donc un processus d'introspection ou encore de conscientisation, terminologie qu'il emprunte à Paulo Freire, pédagogue brésilien (1921-1997).

Mais attention! Comme le soulève à juste titre Joseph Duchêne : « Ne pas confondre éthique et psychologie » (2001). La visée étant plutôt « de faire entrer le soignant dans la phase du débat argumenté » donc une professionnalisation de la prise de conscience de soi (Pierre Boitte, 2001). En 2012 le développement personnel se mélange avec le concept de capacitation et suscite plutôt la question de « expert en éthique : au nom de quoi ? ».

Expert ou expertise - la question resterait-elle entière?

De multiples modèles et concepts tentent de réaliser les objectifs pédagogiques explicités ci-avant. Aussi bien en 2001 qu'en 2012 les auteurs présentent **programmes obligatoires** en Facultés de médecine (Michelle Dallaire, 2001), le Master en bioéthique *exporté* au Kinshasa et les **implications culturelles** (Laurent Ravez, 2012), **formation continue** soins infirmiers GHICL à Lille (Pierre Boitte, 2001), **« multiplicateur » et «plateforme de learning by doing »** des comités éthiques (Jacqueline Fortin, 2001), le Projet *Dignity in Care* et le laboratoire *sTimul* basé sur **l'expérience** (Pierre Boitte et al. , 2012), un **Master** en éthique à l'ULB (Dominique Lossignol, 2012), une **accréditation** médicale en éthique et économie à l'UCL (Luc Michel, 2012), l'éthicien consultant (Georges A. Legault, 2012), **expert intellectuel**, **expert praticien** (M.-L. Viallard et al., 2012).

Tous ces programmes et concepts ne manquent pas de pertinence pédagogique. Cette hétérogénéité et diversité font même preuve d'une grande créativité dans le monde des soins. Pour les décideurs politiques et institutionnels, les formateurs et/ou pédagogues, cette variété constitue à mes yeux une source d'inspiration et d'aide à la conceptualisation de programmes de formation à la fois diplômants et certifiants, et pourquoi pas de base, mais aussi des pistes à investiguer en vue de promouvoir le life long learning.

Pour conclure cette analyse de documents sur une note philosophique, écoutons le rédacteur en chef : « les enseignements, quelle qu'en soit la forme, n'ont pas le pouvoir de se substituer à des chemins de vie», (Jean-Michel Longneaux, 2012).

Martine Regenwetter

Buchbesprechung

Bibliographie

Fritsch, S. (2005). *Lawrence Kohlberg - Das Stufenmodell zur Entwicklung des moralischen Urteilens.* Norderstedt: GRIN Verlag GmbH.

Goleman, D. (1997). *EQ. Emotionale Intelligenz.* Deutscher Taschenbuch Verlag.

Gueibe, R. (2008). L'interrogation des paradigmes dans le soin, une exigence éthique. *Perspective Soignante*, n°33.

J.M.Gomas. (2001). *Démarche pour une décision éthique (D.D.E.).* Récupéré sur http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/soins_paliatifs/MODULE_IV/E04-%20Demarche%20pour%20une%20decision%20ethique%20DDE.pdf

Kooij, C. v. (2010). *Das mäeutische Pflege- und Betreuungsmodell: Darstellung und Dokumentation*. Bern: Huber.

Perrenoud, P. (1993). *Curriculum: le formel, le réel, le caché.* Récupéré sur http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1993/1993_21.html

Date à retenir

Éthique de l'organisation, Éthique du management
Quelles implications pour la pratique pluridisciplinaire des soins ?
15-16 mai 2014 - Luxembourg
Journées Itinérantes Francophones d'Éthique des Soins de Santé
CEFERS
http://www.gefers.fr/upload/10_Pre_programme.pdf

Robotik in Betreuung und Gesundheitsversorgung





Heidrun Becker et al.
Vdf Hochschulverlag;
Auflage 1 vom 7. Dezember 2012
252 Seiten / Broschiert / Deutsch
ISBN - 13: 978-3728135209 / unverbindliche Preisangabe: 35 €

Autoren: Prof. Dr. Heidrun Karin Becker, stellvertretende Leiterin Forschung & Entwicklung Ergotherapie an der Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften & Team wissenschaftlicher Mitarbeiter.

„Servicerobotik wird als eins der zukunftsträchtigsten und wichtigsten Marktsegmente dieses Jahrhunderts eingeschätzt."

Die erfrischend übersichtliche Struktur der Studie erlaubt es Entscheidungsträgern immer wieder mal zwischendurch ein Kapitel zu lesen ohne den Faden zu verlieren. Allerdings fasziniert der Inhalt alle Asimov-Fans wohl derart, dass trotz der nüchternen und detaillierten Marktstudie die „Star Wars"-Stars C-3PO und R2-D2 vor dem inneren Auge des Lesers in Wohnstuben und Pflegeeinrichtungen herumspazieren.

Drei Gruppen von Geräten werden untersucht:

- Trainingsgeräte und Hilfsmittel im Bereich Rehabilitation und Pflegebedürftigkeit ;
- Assistenz- und Telepräsenzroboter als Entlastung respektive Ersatz für Pfleger und/oder Angehörige ;
- Sozialinteraktive Roboter.

Eine PESTEL-Analyse (Political, Economic, Sociocultural, Technological, Environmental, Legal) sowie eine Bedarfsanalyse und Sammlung von Einstellungen und Bedürfnisse der jeweiligen Akteure (auch Risiken) hilft bei der Identifikation von Schlüsselfaktoren und der Formulierung von Empfehlungen.

Besonders hervorheben möchte ich die umfangreiche Auseinandersetzung mit ethischen Fragen.

Martine Regenwetter



Pourquoi la qualité est-elle aussi importante dans notre secteur ?

La qualité se décline dans le détail des services et soins prestés au quotidien, de l'acte le plus petit au plus grand et du plus insignifiant au plus important. Les sujets couverts par la démarche qualité sont multiples, des soins de base à l'encadrement d'un atelier thérapeutique, en passant par l'administration des médicaments, le respect du cycle de vie de la personne et de sa dignité.

Bien entendu les prestations peuvent très bien réussir sans management de la qualité. Dans ce cas, elles ne dépendent souvent que de l'engagement de l'une ou de l'autre personne qui les réalisent, parfois à contre-courant en nécessitant beaucoup d'énergie, motivées par leurs seules valeurs professionnelles et éthiques. Cependant, cela n'a pas beaucoup d'impact au niveau d'une entreprise, puisque la notion de qualité du produit/service implique sa régularité ; elle doit se reproduire pour tous les services identiques.

L'absence d'une qualité constante par contre, crée une énorme contre-productivité dans une organisation, non seulement au niveau de l'insatisfaction des clients, mais également en interne où l'organisation doit consacrer des ressources humaines et financières pour réparer les défauts. Ce qui n'est pas nécessairement réparable puisque nos services se réalisent directement sur la personne. Ces ressources peuvent être plus utiles à l'organisation si elles sont utilisées dans l'amélioration et l'adaptation des services aux exigences changeantes des usagers. C'est dans ce sens que les professionnels de la démarche qualité accompagnent l'implémentation de standards et de normes pour assurer la qualité constante dans toute l'entreprise.

La démarche qualité ne signifie pourtant pas la création d'un maximum de procédures. Elle vise plutôt la participation de tous les acteurs concernés, en commençant par la direction de l'entreprise, qui définit la politique et la stratégie de management de la qualité, tout en surveillant les résultats finaux.

La démarche qualité demande d'abord un modèle de management qui s'adosse sur une culture d'entreprise et sur une pratique méthodique au quotidien à tous les niveaux de la hiérarchie. Le premier apport d'une démarche qualité pourrait être la mobilisation du personnel autour d'un projet d'entreprise.

Les bénéfices d'une démarche qualité peuvent être présentés sous deux catégories :

I) Les relations de l'entreprise avec son environnement

1. Amélioration de la satisfaction du client et de ses proches ;
2. Amélioration de la relation avec ses partenaires, sous-traitants et fournisseurs ;
3. Renforcement de la notoriété et de l'image de marque ;
4. Accroissement de l'avantage concurrentiel ;
5. Devenir une référence en matière de qualité sur le marché ;
6. Justification de ses prix sur la qualité du produit ou du service rendu ;
7. Ouverture sur des nouveaux marchés.

II) Les relations internes à l'entreprise

1. Implication et ralliement de l'ensemble du personnel autour de projets concrets ;
2. Développement d'initiatives individuelles et de la créativité pour améliorer la qualité ;
3. Réorganisation des processus au sein de l'entreprise afin de les axer sur les activités principales ;
4. Révision des méthodes de travail et de l'ensemble de l'organisation à des fins d'optimisation ;
5. Amélioration de la communication entre les services ;
6. Réduction des coûts opérationnels.

Même si la démarche qualité est souvent assimilée aux contrôles de qualité, aux rationalisations du matériel et du personnel, le management de la qualité va beaucoup plus loin. Le respect de l'individu et de l'environnement sont à considérer centraux tout au long des diverses démarches. Et sachant au-delà que le secteur social, des aides et soins se trouve au centre des intérêts de l'être humain.

En outre, on ne peut pas parler de gestion de qualité en exigeant seulement des normes bien définies sur comment les services et les soins doivent se dérouler. Il faut que tout le monde comprenne et s'implique dans cette démarche afin qu'elle puisse offrir les résultats escomptés. Dans ce cadre, les dirigeants ne peuvent pas prétendre qu'ils se trouvent loin de la prestation du service, que cela les concerne moins et donc que c'est une affaire des professionnels du terrain. Cela serait trop simpliste et rendrait la démarche irréalisable, car l'opérationnel travaille dans une organisation et a besoin d'être encadré, soutenu et suivi par ses dirigeants.

Divers modèles de management de la qualité

Dans la démarche qualité on peut se laisser inspirer par divers modèles de management comme l'ISO 9001, l'ISO 9004, la TQM, l'EFQM (E-Qalin est un outil d'évaluation basé sur l'EFQM…), qu'on pourra remettre à l'ordre du jour dans un avenir assez proche[1]. Parmi une multitude d'outils, il est essentiel d'identifier, avec l'accompagnement de professionnels de la qualité, les instruments nécessaires afin de développer le modèle adéquat aux circonstances spécifiques de chaque service et équipe dans l'entreprise. Les méthodes d'amélioration de la qualité qui peuvent être utilisées incluent le Six Sigma, le Lean, la gestion par processus, l'analyse de la valeur, la TOC (Theory Of Constraints), la TP (Thinking Process), etc.

Même si une entreprise reçoit un label de qualité, elle ne doit pas se reposer sur ses lauriers, le mangement étant un processus en éternel mouvement et changement. Le label n'est donc pas une fin en soi mais plutôt une reconnaissance d'une véritable aptitude et d'une volonté profonde d'amélioration continue.

L'Art. 385. de la Loi du 23 décembre 2005 modifiant différentes dispositions du Code des assurances sociales en matière d'assurance dépendance prévoit que la Cellule d'évaluation et d'orientation ait entre autres pour mission « de contrôler la qualité des prestations fournies à la personne dépendante, compte tenu des normes définies». Notons que le nouveau gouvernement a également thématisé ce sujet à maintes reprises dans son programme de coalition. Ce qui implique que notre secteur risque, dans un avenir plus au moins proche, de subir la contrainte d'une imposition d'un modèle de management de qualité. Il serait sans doute préférable d'être en adéquation avec le temps et dans l'anticipation, et faire en sorte que chaque prestataire décide pour lui-même du modèle de démarche qualité qui lui convienne le mieux.

Pour le moment, les instances officielles exigent des prestataires de soins que les actes facturés selon les plans de prise en charge octroyés soient exécutés selon des qualifications minimales requises et un quota de temps déterminé. Donc, les exigences qualitatives se limitent actuellement à des actes, du temps et des qualifications. Pourtant, ces trois paramètres ne suffisent pas à apporter de la qualité dans les soins. D'autres paramètres pourraient inclure le fait que les soins soient réalisés d'après un référentiel bien précis ou des normes déterminées et évaluables, que le management respecte différentes normes et processus de gestion aussi bien que les processus de supports et de pilotage. Ces derniers sont très importants au bon fonctionnement des corps de métiers principaux. La qualité doit se manifester par une volonté politique et stratégique de l'entreprise, ce qui fait que les premiers pas soient effectués par et chez ceux qui la gouvernent.

Avant cela, il est impératif de déterminer ce que peut être la qualité pour notre secteur. Il va de soi que la qualité est autrement perçue par le bénéficiaire de soins ou un membre de sa famille que par un soignant ou un chef de service, par un dirigeant d'entreprise ou encore un ministre. Afin que nous puissions parler le même langage, il est important de nous fixer sur une définition et les priorités de la démarche à suivre. C'est donc par là que notre travail va commencer au sein de la COPAS tout en nous basant sur le cadre commun de référence qualité établi au préalable.

Carlos Lopes

[1] Tout en prenant en considération les travaux réalisés dans ce domaine au sein de la COPAS.

Les évolutions démographiques comme facteur de croissance de nos sociétés contemporaines



Nombreuses sont les études récentes liées au vieillissement de la population révélant que ce dernier ne saurait être considéré exclusivement comme un fardeau financier à charge des sociétés contemporaines, mais qu'au contraire, celui-ci puisse également constituer un facteur de croissance économique de premier ordre. En cela, les études citées ci-dessus constituent un véritable changement de paradigme, appelant les décideurs publics à soutenir ces transformations sociétales à travers des mesures d'accompagnement concrètes favorisant les initiatives des différents acteurs économiques.

À ce titre, la présente édition de la COPASNEWS est l'occasion de présenter l'étude réalisée en 2013 pour le compte de la Fondation Nationale de Gérontologie (France), permettant un tour d'horizon pertinent des initiatives réalisées dans ce cadre chez nos voisins européens. Les éléments à suivre sont ainsi tirés de l'étude intitulée « Le vieillissement démographique : quelles promesses économiques ? » réalisée en 2013 par M. Guillaume Malochet, maître de conférences en sociologie au Conservatoire national des arts et métiers, Paris.

Le marché potentiel des aînés : les politiques de promotion de nos voisins européens

L'Allemagne a récemment mis en place un plan stratégique visant, d'une part, à améliorer la qualité de vie des personnes âgées et, d'autre part, à sensibiliser les entreprises au potentiel de développement de produits et services destinés à cette partie de la population. La situation démographique de ce pays pourrait pourtant inciter aux diagnostics les plus pessimistes. Les plus de 65 ans y représentent un quart de la population totale, soit près de 17 millions de personnes. On estime que la part des plus de 80 ans passera de 5,1% en 2010 à 14,7% en 2050. En 2035, les plus de 50 ans représenteront près de la moitié de la population allemande totale.

Mais ce que le gouvernement fédéral met en avant, c'est plutôt le marché potentiel des aînés. Le pouvoir d'achat des plus de 60 ans en Allemagne est évalué à 316 milliards d'euros. Si l'évolution démographique suit le rythme actuel, il devrait même avoisiner les 413 milliards d'ici 2030. Les pouvoirs publics insistent donc sur l'importance de l'adaptation des entreprises à cette nouvelle donne démographique. Il y aurait ainsi une opportunité à saisir, pouvant procurer aux entreprises allemandes un avantage concurrentiel non négligeable sur un segment de marché appelé à croître, sur le territoire national et bien sûr plus largement au-delà des frontières allemandes. Dès 2005, le cinquième rapport de suivi sur la qualité de vie des aînés, pointait la faible exploitation par les entreprises du marché lié au vieillissement de la population. Les petites et moyennes entreprises sont la cible privilégiée des pouvoirs publics. Tous les secteurs économiques sont concernés a priori, avec un ciblage plus particulier néanmoins sur cinq d'entre eux : la santé, le tourisme, le commerce de détail, les services financiers et les services à la personne.

S'inscrivant dans une démarche plus globale, « Alter schafft Neues », le programme « Wirtschaftsfaktor Alter » a pour ambition de montrer les opportunités que recèle le vieillissement démographique, à la fois pour les personnes âgées elles-mêmes et pour l'économie du pays de façon plus générale. Cela passe par le développement de produits et de services adaptés aux personnes de tous âges. La promotion du design universel est d'ailleurs citée comme une priorité essentielle. Ce programme a permis la mise en place d'un label de qualité en faveur des entreprises et commerces proposant des produits et services adaptés à tous les âges. Délivré par l'Association professionnelle du commerce depuis mars 2010, ce label a été accordé à 2 600 commerces.

[...] Au Royaume-Uni comme en Allemagne, l'une des réponses privilégiées consiste dans la promotion de « labels » venant récompenser les commerces et les produits adaptés à une clientèle âgée. [...] En effet, dès 2009, les associations « Age concern » et « Help the aged » ont décidé de lancer le label « age ok », destiné aux produits et services adaptés à une clientèle âgée. Ce label est décerné par un groupe d'experts indépendants. La société BSkyB, fournisseur d'accès à des services télévisuels, fut la première lauréate pour sa télécommande aisément maniable avec ses larges touches. L'environnement a par ailleurs été spécifiquement conçu pour apparaître très intuitif à l'utilisateur.

En Allemagne également, le Gouvernement fédéral a lancé en mars 2010 un label de qualité pour les commerces proposant un environnement intergénérationnel (« Generationenfreundliches Einkaufen »). En janvier 2012, ce label avait été attribué à plusieurs milliers de commerces, sur la base d'une évaluation complète de leur accessibilité et de l'accueil réservé aux clients. En matière d'accessibilité, les critères sont nombreux et concernent aussi bien l'extérieur (présence d'aires de stationnement adaptées) que l'intérieur (larges couloirs, indications en gros caractères, éclairage suffisant...). Avec ce label, le gouvernement fédéral entend promouvoir des lieux accueillants pour tous les âges et toutes les situations : parents avec des poussettes, personnes en fauteuil roulant, etc.. [...]

La démarche de labellisation / certification de lieux et de produits « amis de tous les âges » pourrait à terme être intégrée par les entreprises à leurs démarches de responsabilité sociale. Voilà qui pourrait renforcer l'idée du « design universel » (design for all) lancée en 1995 en Espagne, lors de l'Assemblée générale du European institute for design and disability (EIDD). Le design universel repose sur plusieurs principes :

- l'usage équitable : le produit conçu dans cette optique est censé être utile et vendable à des personnes ayant des revenus divers ;
- la flexibilité d'usage : le produit conçu doit répondre à un

large éventail de préférences individuelles ;
- le mode d'emploi intuitif : l'utilisation doit être facilement appropriable, quelles que soient les expériences de l'usager, ses connaissances, ses capacités d'expression et de concentration ;
- la disponibilité de l'information : l'information nécessaire à l'usage est communiquée à l'usager, quelles que soient ses capacités sensorielles et les conditions ambiantes ;
- la tolérance à l'erreur : le produit doit minimiser les risques et les conséquences négatives d'actions accidentelles ou involontaires ;
- l'absence d'effort physique : le produit doit permettre un usage efficace en étant à la fois confortable et peu fatigant ;
- des dimensions permettant l'accès au produit et son usage : la taille du produit et l'espace qu'il requiert doivent permettre l'accès, la manipulation et l'usage à l'usager, quels que soient ses mensurations, sa position et son niveau de mobilité.

Pour une entreprise, l'intérêt de souscrire à ce type d'approche consiste tout simplement dans les économies d'échelle induites : si un même produit peut convenir à l'ensemble des clients, et non seulement à un segment très particulier, alors les débouchés potentiels sont beaucoup plus grands et les coûts de production bien moindres.

Le vieillissement démographique comme levier de croissance

L'avancée en âge peut être considérée comme un levier de croissance économique d'un double point de vue : d'une part, à travers le soutien apporté à des secteurs d'activité comme le tourisme et les loisirs, la santé ou les services à la personne et, d'autre part, par les opportunités d'innovation que les entreprises peuvent saisir pour capter une population ayant certains besoins spécifiques.

[...] Dans les pays européens, le tourisme est en effet l'un des secteurs d'activité économique qui bénéficie le plus de l'accroissement du nombre de personnes âgées. C'est ce que confirment les résultats d'une récente étude d'Eurostat (Demunter, 2012). En 2011, tous pays européens confondus, les sommes consacrées au tourisme par les personnes âgées de plus de 65 ans étaient supérieures d'un tiers par rapport aux montants dépensés en 2006, à l'inverse des 25-44 ans, qui ont vu leurs dépenses diminuer entre 2006 et 2011. Le fait que cette population dispose à la fois de temps et, en moyenne, d'un pouvoir d'achat plus important que les autres catégories d'âge permet d'expliquer le rôle essentiel des plus de 65 ans dans l'économie du tourisme. Selon l'étude, les dépenses des aînés ont contribué à la survie du secteur touristique en temps de crise économique mondiale. Ainsi, le nombre de touristes de plus de 65 ans a augmenté de 10 % entre 2006 et 2011. Le nombre de voyages réalisés a lui aussi connu une hausse (+ 29%), avec une croissance non négligeable des nuitées passées à l'extérieur du domicile (+ 23%). En 2011, près d'un senior sur deux a effectué un séjour d'au moins quatre nuits payantes hors de son domicile. Au total, les plus de 65 ans sont désormais responsables du quart des dépenses touristiques totales au niveau européen (contre 15% en 2006).

[...] Le vieillissement démographique s'accompagne de créations d'emplois non délocalisables. Dans le domaine de l'habitat, le maintien à domicile des personnes âgées qui le souhaitent, qu'elles soient ou non en perte d'autonomie, a d'ores et déjà des répercussions positives sur l'artisanat et les acteurs industriels du secteur des gérontechnologies. Mais, plus largement, les secteurs d'activité classiques devraient également être influencés positivement par l'adaptation à une population vieillissante. Les besoins exprimés par les personnes âgées, notamment en matière d'adaptation de l'environnement physique et social (accessibilité des transports publics, présence de services de santé de proximité, existence de lieux d'échanges, de loisirs et d'informations), ne sont pas si éloignés des préoccupations des plus jeunes. La réponse à leurs besoins doit donc s'inscrire dans une action publique globale, fondée sur un principe d'universalité et de non-discrimination. La recherche de solutions techniques pour le plus grand nombre (design universel) devrait ainsi se conjuguer avec l'action des pouvoirs publics en matière de labellisation des entreprises et commerces « amis de tous les âges ».

Malochet Guillaume, « Le vieillissement démographique : quelles promesses économiques ? »,
Gérontologie et société, 2013/2 n° 145, p. 119-127. DOI : 10.3917/gs.145.0119



L'A.P.E.M.H. soufflera ses 46 bougies en 2014…

Créée en 1967 par des parents concernés par le handicap intellectuel, l'A.P.E.M.H. (Association de Parents d'Enfants Mentalement Handicapés) n'a cessé de développer son action en faveur des personnes en situation de handicap intellectuel et de leurs familles.

Les valeurs défendues par l'A.P.E.M.H. sont aujourd'hui les suivantes : Personnalisation de l'accompagnement, Auto-détermination de la personne et Inclusion dans la société.

En 2013, ce sont plus de 700 personnes qui ont bénéficié de services ou structures de l'A.P.E.M.H. avec le soutien de plus de 500 professionnels de qualifications multidisciplinaires.

Pour accompagner les personnes en situation de handicap intellectuel et leurs familles, l'A.P.E.M.H. dispose de différentes **structures de logements** pour :

- des personnes vieillissantes en situation de handicap intellectuel léger à profond nécessitant un accompagnement au niveau des soins, ne travaillant plus ou ayant des troubles associés,
- des personnes en situation de handicap intellectuel profond ou de polyhandicap,
- des personnes en situation de handicap intellectuel léger à moyen travaillant,
- des jeunes adultes en situation de handicap intellectuel léger travaillant et ayant un projet d'autonomie,
- des personnes en situation de handicap intellectuel léger travaillant et vivant dans des logements de type semi-ouvert ou en logement autonome.

C'est ainsi que près de 190 places sont proposées dont 20 places en accueil temporaire.

L'A.P.E.M.H. offre différentes **structures de travail** ou Ateliers Protégés qui agissent dans les secteurs suivants : agriculture, alimentation, jardinage, menuiserie, serrurerie, restauration, entretien ménager, maçonnerie, buanderie, soins d'animaux, services techniques, sous-traitance et un service de placement en milieu ordinaire de travail dénommé ORFO. En fin d'année 2013, ce sont près de 300 contrats de travail qui sont proposés.

L'A.P.E.M.H. gère différentes **structures de formation**, dénommées Centre de Propédeutique Professionnelle (CPP), qui assurent à environ 100 stagiaires une formation à 15 types d'activités distinctes axés sur les activités des ateliers protégés. Ces CPP s'adressent à des jeunes sortis de l'obligation scolaire ou des personnes orientées par la Commission d'Orientation et de Reclassement professionnelle (COR).

L'A.P.E.M.H. propose des **structures d'accueil de jour** (centres de jour et services d'activités de jour : Nossbierg, Mondorf et Clervaux) d'une capacité de près de 80 places pour des personnes en situation de handicap intellectuel profond et de grande dépendance qui ne sont pas en capacité d'intégrer un Centre de Propédeutique Professionnelle ou un Atelier Protégé.

L'A.P.E.M.H. propose différentes **structures d'accueil pour enfants** : une maison-relais inclusive **Topolino** accueillant 15 enfants de 2 mois à 4 ans, dont 1/3 à besoins spécifiques et le **CARR** (Centre d'Activités, de Réadaptation et de Rencontres) accueillant des enfants à besoins spécifiques en âge scolaire en dehors des temps scolaires.

L'A.P.E.M.H. dispose également de différents services tels que :

- le **service social** qui reçoit les premières demandes,
- le **SAS**, service d'accompagnement et de suivi en milieu ouvert
- le service **Loisirs** en milieu ouvert
- le **SCAF**, service spécialisé d'accompagnement et de soutien à la parentalité s'adressant à des parents d'enfants à besoins spécifiques ou à des parents en situation de handicap intellectuel
- le **SeSAD**, service de soutien et d'aide à domicile dans le cadre de prestations déterminées par l'assurance dépendance
- **INCLUSO**, Centre de ressources pédagogiques et formatives permettant de soutenir les professionnels de la petite enfance pour l'accueil d'enfants à besoins spécifiques
- **KLARO**, Centre de compétences pour le langage facile afin de développer l'accessibilité aux informations à destination de personnes en situation de handicap
- **la Cordée** en partenariat avec d'autres associations gestionnaires, service de coordination de projets d'intervention dans le domaine de la protection de l'enfance avec orientation spécialisée pour enfants et jeunes à besoins spécifiques.

Enfin, l'A.P.E.M.H. gère un centre de formation **UFEP** à destination de l'ensemble des professionnels du pays et participe activement à divers projets nationaux, européens et internationaux dont les réflexions promeuvent l'amélioration de la qualité de vie des personnes en situation de handicap intellectuel à tous les âges de la vie, dont le projet AGID présenté ci-dessous.

…et ne cesse d'innover en participant à des projets européens : Le projet AGID - Article de dissémination





Le projet AGID « Developing training modules for staff on aging and disabilities issues » s'inscrit dans le cadre de la stratégie européenne 2010-2020 en faveur des personnes handicapées et du Lifelong Learning Program de la Commission Européenne.

Le projet AGID repose sur le constat général de l'allongement de l'espérance de vie y compris pour des personnes en situation de handicap intellectuel, sur l'évolution de la perte d'autonomie et sur l'augmentation de l'âge des aidants familiaux.

L'objectif principal du projet AGID est **d'offrir aux accompagnateurs et aux professionnels sociaux, de soins ou de santé, un programme de formation permettant d'améliorer les compétences et expertises dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap intellectuel vieillissantes (PHI).**

En tant que projet européen, AGID propose de développer un programme européen de formation basé sur une approche transversale de recherche sur l'accompagnement des PHI au regard des pratiques et des avancées sociologiques dans plusieurs pays.

Ce programme proposera une nouvelle forme d'accès à la formation par des modules exclusifs en plusieurs langues accessibles sur le web via une plateforme e-learning.

Les partenaires du projet AGID sont au nombre de 7 :
- la Fondation A.P.E.M.H. (Association de Parents d'Enfants Mentalement Handicapés) pour le Luxembourg,
- l'Université de Northumbria à Newcastle pour le Royaume-Uni,
- la C.A.D.I.A.I. (Cooperativa Assistenza Domiciliare Infermi Anziani Infanzia) pour l'Italie,
- les Genêts d'Or (Association Déficience et Dépendance) en Bretagne pour la France,
- la Zonnelied asbl (ONG déficience intellectuelle et double diagnostic) pour la Belgique,
- l'Université de Vienne pour l'Autriche,
- et l'ARFIE (Association de Recherche et de Formation sur l'Insertion en Europe).

LES ÉTAPES DU PROJET AGID

☞ Réunion de lancement au Luxembourg les 30 et 31 janvier 2012 : cette première rencontre fut l'occasion de partager les constats et lacunes en matière de connaissance et d'expertise sur l'accompagnement des PHI et d'envisager, dans une approche dynamique, multi-partenariale et culturelle, des panoplies de réponses créatives aux besoins identifiés de formation, à partir de l'expression des bénéficiaires.

Pour chaque partenaire, un rôle spécifique dans l'élaboration chronologique du projet a été défini :
- Belgique : formation d'auditeurs à une méthodologie partagée pour recueillir la parole des bénéficiaires et acteurs,
- Autriche : développement des modules de formation sur base des informations recueillies,
- Royaume-Uni : livraison d'une plateforme internet pour suivre l'évolution du projet AGID et accueillir les modules de formation,
- Italie : évaluation en ligne de l'accessibilité et de l'efficience des modules de formation,
- France et ARFIE : valorisation de l'avancée des travaux, promotion et dissémination du produit fini,
- Luxembourg : responsabilité de la coordination des actions dans le cadre du projet et du plateau technique.



☞ Les 10 et 11 juin 2012, seconde rencontre à l'Université de Northumbria, Newcastle qui a permis une mise en commun des échanges avec les personnes consultées et la définition d'idées et de concepts à intégrer au futur programme de formation.
À l'issue de ces deux journées, 6 modules de formation illustrés de 60 à 70 diapositives ont été définis avec pour exemple les thématiques suivantes : régulation émotionnelle dans le soutien, emploi du temps centré sur les besoins de la personne, aspect relationnel et communication, concept global de soins, attitudes professionnelles adaptées au public cible, aspects du vieillissement normal ou du vieillissement pathologique, etc.
Pour la session suivante, chaque partenaire devait réaliser une première ébauche d'un module sous le contrôle croisé d'un autre partenaire.

☞ Les 17 et 18 décembre 2012, troisième rencontre à l'université de psychologie de Vienne en Autriche : mise en commun du travail des différents partenaires sur les premières versions des six modules de formation, harmonisation du fond et de la forme des contenus pour préparer la suite des travaux.
À l'époque, l'Université de Leicester, Royaume-Uni, reprend le relais de celle de Newcastle pour créer un cadre uniforme facilitant une lecture pédagogique pour les futurs modules en ligne. Par ailleurs, des versions des modules dans les cinq langues du projet devaient être établies par binômes de partenaires.

☞ 4ème rencontre de Bologne en Italie, les 5 et 6 juin 2013 : Lors de cette rencontre, les partenaires se sont concentrés sur l'harmonisation des présentations des modules après avoir longuement échangés sur le fond. Les réflexions et améliorations apportées ont également été alimentées par le « Delphi process » engagé début 2013 avec des experts multinationaux et une évaluation externe réalisée par le CREA (Institut italien Florence).
Après de nombreuses et riches évolutions sur le fond et la forme, les contenus des 6 modules sont arrêtés :

- **Module 1 : Le processus du vieillissement chez la PHI ***
- **Module 2 : Les pathologies de l'âge chez la PHI vieillissante**
- **Module 3 : L'approche centrée sur la personne**
- **Module 4 : Organisation de l'accompagnement de la PHI âgée**
- **Module 5 : Réseaux sociaux et Communication**
- **Module 6 : Régulation émotionnelle pour le personnel encadrant**

☞ 5ème rencontre de Brest, France, les 21 et 22 octobre 2013 : consolidation des modules dans les cinq langues pour un format de plateforme internet e-learning. Une phase de test des modules de formation e-learning concernant leur ergonomie et facilité d'utilisation sera lancée auprès des accompagnants en vue des dernières améliorations à apporter.

☞ Conférence finale du projet AGID qui aura lieu à Vienne, le 25 février 2014. Elle se tiendra sous forme de séminaire classique et via streaming. Des ordinateurs seront disponibles dans la salle de conférence afin de tester en direct la plate-forme e-learning. La conférence durera une journée et l'interprétation en anglais, allemand et français sera assurée.
Enfin, les travaux des partenaires feront l'objet d'un rapport définitif AGID dans le cadre du projet européen ou feront l'objet de publications à vocation scientifique.
Les inscriptions pour la conférence finale (ouverte à tous), peuvent se faire via le mail suivant : **agid@agid-project.eu** auprès de Mme Daniela JANEVA.

LA PLATEFORME AGID

Les cinq modules présentés ci-dessus seront disponibles sur le site internet **http://agid-project.eu/** à l'issue de la Conférence Finale et comprendront également des quiz interactifs, vidéos et outils d'évaluation.

Les partenaires du projet contribueront également à la diffusion, à la dissémination de l'information dans chacun de leur pays des modules de formation sur la plateforme d'e-learning en faisant connaître le plus largement possible ces modules et leurs modalités d'accès à tous les accompagnateurs familiaux ou professionnels.

Par public, on entend ici les familles mais également tous les professionnels socio-psycho-pédagogiques ou sociaux ou encore tous les professionnels de santé qui ont ou auront à accompagner des personnes en situation de handicap intellectuel vieillissantes, l'objectif étant une large sensibilisation et un large accès à la formation pour répondre aux besoins de cette population.

Gageons que ces modules connaîtront un franc succès.
Pour toute demande d'information complémentaire, n'hésitez pas à contacter l'A.P.E.M.H. à ce sujet au Luxembourg.

TRIBUNELIBRE

Par Hervé Barge, Directeur Général de l'Agence Nationale eSanté

L'Agence eSanté nationale luxembourgeoise dans la dernière ligne droite du lancement de sa plateforme nationale de services.

La création de l'Agence eSanté :

La création de l'Agence eSanté trouve ses origines dans le plan d'action eSanté lancé par le gouvernement luxembourgeois en 2006. Les premiers projets mis en place ont démontré que les professionnels de santé souhaitaient un système qui leur permettrait d'échanger et de partager des données de santé de façon électronique. En 2010, le Conseil de gouvernement a décidé de créer une Agence nationale chargée de la mise en place d'une plateforme permettant cet échange et partage de données de santé. La loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de santé a ensuite conféré une base légale à l'Agence eSanté par le biais des articles 60ter et 60quater.

L'équipe de l'Agence eSanté :

L'équipe dynamique et pluridisciplinaire de l'Agence eSanté est actuellement composée de 10 personnes. Elle est le reflet de l'importance de l'enjeu technologique, professionnel et culturel du projet national ambitieux qu'elle est en train de réaliser, par la diversité des acteurs concernés (médecin, soignant, informaticiens, gestionnaires de projets,…) et la mixité d'origine de son équipe (luxembourgeoise, portugaise, française, allemande, belge, rwandaise).

Les missions de l'Agence eSanté :

Le rôle principal de l'Agence eSanté est de mettre à disposition des outils pour permettre une meilleure utilisation des informations dans l'écosystème santé et médico-social. Elle est appelée à réaliser ceci à travers la mise en œuvre du Dossier de Soins Partagé (DSP) qui permettra aux différents systèmes de santé d'interagir sans heurts pour assurer la continuité des soins et garantir que l'information médicale du patient soit univoque, cohérente et compréhensible durant toute sa prise en charge.

Notre ambition :

L'ambition est d'avoir d'ici 2015 permis le changement des usages et coutumes des acteurs de la Santé luxembourgeois vers plus de coordination, d'efficience et d'écoute mutuelle autour du DSP, tout en développant le réseau nécessaire avec les acteurs-clés de la Grande Région afin de stimuler la coordination transfrontalière.

Quelques services dès le premier trimestre 2014 :

- Un service de partage de données de santé à travers le «Dossier de Soins Partagé» (DSP), le dossier électronique de données de santé d'un patient, entre et pour les professionnels de santé intervenant auprès du patient. Après une validation et des tests qui devraient se terminer au premier trimestre 2014 et bien entendu l'aval favorable de la CNPD ainsi que le feu vert politique, les patients luxembourgeois devraient pouvoir bénéficier de ce nouvel outil rapidement.

- Un service de messagerie sécurisée, permettant la communication point à point de données de santé entre prestataires de santé authentifiés. Chaque professionnel de santé disposera donc d'une adresse email sécurisée et ceci dès le mois de février 2014.

- Le portail multiservices, servant à la diffusion de et donnant accès aux informations de santé aussi bien pour les professionnels de santé que pour les patients. Il sera accessible avec plusieurs types d'informations en février et le nombre de rubriques augmentera très régulièrement après son lancement.

- Des applications métiers pour les professionnels de santé seront mis à disposition gratuitement pour les professionnels de santé libéraux et petites structures de santé qui le souhaitent comme :
  - la solution GECAMED qui est une application de gestion de cabinets médicaux développée par le Centre de Recherche Public Henri Tudor ;
  - le logiciel IdeoMed, une solution personnalisable pour coordonner les processus de prise en charge patient au sein d'un petit établissement.

  Huit autres éditeurs sont en cours de labélisation pour être compatibles avec la plateforme luxembourgeoise.

Le DSP au quotidien :

Les fondamentaux

Le DSP est un dossier professionnel mais dont le patient est copropriétaire qui, de par la loi et les usages, conserve la totale capacité à l'ouvrir aux professionnels de santé. Plusieurs aspects principaux sont à prendre en compte :

- La sécurité des accès : Seuls les professionnels habilités pourront accéder à certaines données et sous certaines conditions. Les données stockées au Luxembourg sont des données sensibles et sont sécurisées au même titre que des données bancaires.
- L'interopérabilité permet la traduction d'une information pour la rendre compréhensible par tous les systèmes d'information de santé connectés à la plateforme.
- L'identité du patient : parler du bon et du même patient est une absolue nécessité, d'où la constitution d'un annuaire national des patients.

Périmètre du DSP

Le DSP se concrétise sous forme d'un dossier électronique, accessible aux prestataires de soins de santé selon l'autorisation reçue dans le cadre de la relation de soin entretenue avec le patient. Le patient a un droit d'accès à son DSP et il a un droit d'information sur les accès et l'identité des personnes ayant accédé à son dossier. Il peut à tout moment participer aux partages d'informations grâce à un espace personnel d'expression, mais peut potentiellement s'opposer au partage des documents le concernant. Ce dossier électronique regroupera des informations relatives à la santé du patient en provenance de diverses sources : médecins (référent, généraliste et spécialistes), hôpitaux, laboratoires d'analyses médicales...

Il comprendra des informations sur l'état de santé du patient, contribuant directement ou indirectement à favoriser la coordination et la continuité de ses soins et à participer aux actions de prévention.

Au quotidien, le professionnel de santé accédera aux informations depuis son logiciel métier usuel, il sélectionnera les documents pertinents à partager avec les autres acteurs de santé, et le patient lui-même, concernant la réflexion diagnostique effectuée, les actions mises en place et l'évolution du contexte patient. Les droits d'accès des professionnels de santé au DSP sont définis selon différents profils qui procurent des droits prédéfinis d'accès en lecture et écriture, tenant compte du métier qu'ils exercent et du type de données et documents qu'ils auront besoin de consulter dans le cadre de l'exercice de leur profession.

Enfin d'autres services comme l'expression de la volonté du don d'organe seront également disponibles sur ce nouveau dispositif national.



Nous joindre :
Téléphone : (+352) 2712 5018 21
Adresse email : info@agence-esante.lu
Site web (disponible à partir du 1er février 2014) :
www.agence-esante.lu



L'art ne connaît ni frontières ni barrières

La « galerie » de la COPAS a fêté son premier anniversaire avec l'exposition réalisée par les participants de l'atelier créatif du Tricentenaire (CREATRI).

Dans des petits groupes qui se réunissent une fois par semaine, les œuvres ont été créées en expérimentant des nouvelles techniques artistiques, telles le « PaperArt », le « RecyclingArt » ou encore le « LehmArt ». Il est laissé libre cours à la fantaisie des artistes, qu'ils travaillent dans le papier, la terre ou encore le plastique et leurs créations méritent toute notre admiration.

Au-delà de la transformation créative de différentes matières, de la création artistique donc, l'art sert d'instrument pédagogique et thérapeutique. Ainsi, l'art devient pour les personnes en situation de handicap du Tricentenaire un levier de communication et d'expression de leurs sentiments, un moyen de réalisation de soi - et nous convenons que l'expression personnelle n'a pas de prix.

Le prochain vernissage à la COPAS sera organisé en collaboration avec les résidents de l'Institut St. Joseph de Betzdorf,

faisant partie de « elisabeth-Behënnerteberäich ».

L'équipe de la COPAS au complet

Présentation de Carlos Lopes

Le 1er décembre 2013, j'ai rejoint l'équipe de la COPAS en tant que responsable du service « Prestation ».

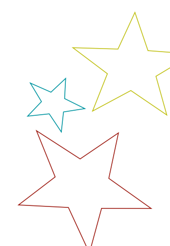
Plus de la moitié de ma carrière professionnelle s'est déroulée en milieu hospitalier en tant qu'infirmier, où j'ai pu acquérir une connaissance pratique pointue de la profession. De nature curieuse, mon parcours hétéroclite m'a souvent amené à être tenté par des formations professionnelles sortant du cadre du nursing.

Après ma formation universitaire sur le management de la santé et social, j'ai quitté le secteur hospitalier pour rejoindre le secteur long séjour, et plus précisément celui de l'hébergement pour personnes âgées, pendant 8 ans.

Après avoir obtenu mon master en management de la qualité et innovation, j'ai souhaité rejoindre la COPAS car la possibilité de travailler directement dans la gestion de la qualité représente depuis longtemps mon centre d'intérêt principal.

Passionné par le progrès, l'amélioration de la condition humaine me touche surtout en ce qui concerne la qualité de vie et son interaction au sein des organisations incluant diversité et créativité, tout en préservant son environnement. J'aime œuvrer en équipe pluridisciplinaire ainsi qu'en partenaire professionnel agissant avec enthousiasme et dans la collaboration pour aller vers l'avant en ayant plaisir de faire mieux. La clé du futur est dans nos mains. Les décisions et la gestion d'une entreprise, pour moi, doivent être pragmatiques, le plus proche possible des corps de métiers et de la clientèle, et donc de l'être humain.

Carlos Lopes



Bonne et heureuse année 2014 !

Le président de la COPAS, Monsieur Marc Fischbach et toute l'équipe vous souhaitent une année 2014 pleine de joie et de bonheur.

Stéphanie Heintz



Félicitations

Nous félicitons :

- L'Hôpital Intercommunal de Steinfort – Centre de Rééducation Gériatrique pour le ***« Prix luxembourgeois de la Qualité 2013 »*** reçu dans la catégorie grands organismes d'utilité publique ;
- Le CIPA - Résidence op der Waassertrap pour avoir obtenu la ***« certification ISO 9001-2008 »***.

25-26-27 février 2014

8ièmes Journées Nationales de Prévention du Suicide

Le Centre d'Information et de Prévention en collaboration avec la *Vernetzinitiativ fir Suizidpräventioun* invite aux 8ièmes Journées Nationales de Prévention du Suicide, axées sur « Les Traumatismes psychiques et la Prévention du suicide ».

Pour plus d'informations :
www.prevention-suicide.lu

25-26 février 2014

Fortbildungsseminar ETHIK LERNEN UND LEHREN

Veranstaltungsort
Fachhochschule Münster (Deutschland)

Zusätzliche Informatiounen unter :
https://www.fh-muenster.de/fb12/weiterbildung/index.php?p=7

28 février 2014

Ausbildungsseminar

« Einführung in die Ego-State-Therapie »

Dr. Woltemade Hartman PhD
Zielgruppe: Psychiater und Psychologen

Es gibt viele psychotherapeutische Schulen welche von einer inneren Vielfalt ausgehen, so auch die Ego-State-Therapie. Diese ist ein psychotherapeutischer Ansatz, der mit Persönlichjkeitsanteilen, den Ego-

States arbeitet und hat besonders innerhalb der Traumatherapie einen wichtigen Stellenwert erlangt und bietet schonende und effiziente Interventionsmöglichkeieten.

Zusätzliche Informatiounen unter :
www.prevention-suicide.lu

6 mars 2014

Vernissage COPAS@ART

SAVE THE DATE : La COPAS en collaboration avec les artistes de « elisabeth-Behënnerteberäich », a le plaisir de d'inviter cordialement au vernissage de sa nouvelle exposition, le 6 mars 2014 dans les locaux de la COPAS à Livange.

Stéphanie Heintz
Monique Putz

Des articles peuvent être envoyés à la COPAS (monique.putz@copas.lu) pour publication dans une prochaine édition de la COPASNEWS. Tout article envoyé pour publication devra être signé par son auteur. La COPAS se réserve le droit de publier ou non les articles qui lui parviennent. D'aucune manière la COPAS ne pourra être tenue responsable pour le contenu de ces articles qui feront un renvoi à leurs auteurs.

Clôture de rédaction : 8 janvier 2014
Tirage : 800 exemplaires
Comité de relecture :
Marc Fischbach, Dr Carine Federspiel, Pierrette Biver, Christophe Lesuisse, Nathalie Wagner, Evandro Cimetta.
Coordination éditoriale : Monique Putz
Coordination administrative : Stéphanie Heintz
Layout et impression : TRIprint (Ateliers du Tricentenaire)
Photos : Luc Deflorenne ©



COPAS
rue de Turi L-3378 Livange

www.copas.lu
T : 27 17 22 – F : 27 17 22-20





Mobiliers de jardin en bois massif, plantes saisonnières, coupes, articles décoratifs en céramique, charcuterie... tous nos produits sont fabriqués avec des personnes en situation de handicap intellectuel.

Notre sous-traitance effectue différents services aux entreprises telles que (envois postaux, emballages...) et vous propose toute une gamme de produits pour vos fêtes de famille.





Ateliers du Domaine du Château

10, rue du Château | L-4976 Bettange-sur-Mess | Tél. : 37 91 91-1

www.apemh.lu

Ce papier contribue à la préservation de l'environnement.